



7959/18

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1947

INPS. Brinnis

Visita Ricerca

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale. Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2018	1.947	06/12/2018			66,98

IL CASSIERE**PAGHERA' LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO
DI PAGAMENTO A FAVORE DI:**

I.N.P.S. Sede di Brindisi

P.ZZA DELLA VITTORIA,1

72100 BRINDISI (BS)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantasei e 98 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1467/P del 21/08/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1467/P

IMPORTO LORDO	66,98
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	66,98

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

PAGATO**10 DIC. 2018****BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA**
Filiale di TARANTO

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2018	1.947	06/12/2018			66,98

IL CASSIERE**PAGHERA' LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO
DI PAGAMENTO A FAVORE DI:**

I.N.P.S. Sede di Brindisi

P.ZZA DELLA VITTORIA,1

72100 BRINDISI (BS)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantasei e 98 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1467/P del 21/08/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1467/P

IMPORTO LORDO	66,98
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	66,98

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	66,98	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/002
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **BRINDISI**
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.IVA: **02121151001**
C.F.: **80078750587**

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **1467 / P** del **21/08/2018**
Richiesta di pagamento Num. **001061** del **21/08/2018**

Pagina 1 di 1

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS / FRANCO	22/08/1960	328777	06/07/2018	66,98

Importo Totale Euro	66,98
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	66,98

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede **1600**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **16004496180106116**
Importi a debito versati **66,98**

IL DIRETTORE DELLA SEDE
M. AMODIO

DATA DI REGISTRAZIONE **25 SET. 2018**

Prot. n. **AmAt 16532**
del **17 SET. 2018**

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Stadi Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

Matricola INPS: 7800449608/002
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **BRINDISI**
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.IVA: 02121151001
C.F.: 80078750587

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1467 /P del 21/08/2018
Richiesta di pagamento Num. 001061 del 21/08/2018

Pagina 1 di 1

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

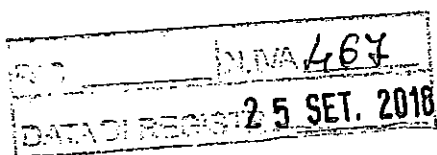
Prq.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referito	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS / FRANCO	22/08/1960	328777	06/07/2018	66,98

Importo Totale Euro	66,98
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	66,98

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:	
Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180106116
Importi a debito versati	66,98

IL DIRETTORE DELLA SEDE
M. AMODIO



Prot. n. **16532**
del **17 SET. 2018**

Amat

- PR Presidente ☐
- VP Vice Presidente ☐
- CA Consiglieri di Amministrazione ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCH Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Scelta ☐
- UIS Informatica / Statistico ☐
- UTM Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Stadi Qualità ☐
- MC Medico Competente ☐
- RSP R.S.P.P. ☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

2-10-18

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

05/10/18

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

25 SET. 2018

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

07-12-2018

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.....

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

27 SET. 2018

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

27 SET. 2018

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160001 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.05/07/2018.0155357

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale:

Cognome: DE CANTIS

Nome: FRANCO

Sesso: M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita: 22/08/1960

Comune di nascita: MILANO

Provincia di nascita MI

Dati relativi all' Esito

Esito: Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n.: 328777

Data Visita: 06/07/2018

Ora Visita: 11:50

Esito Visita: Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Indirizzo: VIA CLAUDIA N. 16 - TORRE SANTA SAB

CAP: 72012

Comune: CAROVIGNO

Provincia: BR

Prot. n.

del

AmAt
13875
31 Lug. 2019

PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistico	☐
UTH	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Con. PP.RR. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Stati e Bilanci	☐
MC	Medico Competente	☐
RSP	R.S.P.P.	☐

CONTRIBUENTE									
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3							
cognome, denominazione o ragione sociale									
DATI ANAGRAFICI									
Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto									
data di nascita									
giorno									
mese									
anno									
sesso (M o F)									
comune (o Stato estero) di nascita									
prov.									
comune									
prov.									
via e numero civico									
DOMICILIO FISCALE									
TARANTO									
T A									
Via Cesare Battisti 657									
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare									
codice identificativo									
SEZIONE IRARIO									
codice tributo									
datazione/ ragione/ prov./ mese rif.									
anno di riferimento									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
IMPOSTE DIRETTE - IVA									
RITENUTE ALLA FONTE									
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI									
codice ufficio									
codice art.									
SALDO (A-B)									
TOTALE A B									
SEZIONE INPS									
codice sede									
causale contributo									
matricola INPS/ codice INPS/ titolo azienda									
da mm/aaaa									
periodo di riferimento: a mm/aaaa									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
SALDO (C-D)									
TOTALE C D									
SEZIONE REGIONI									
codice regione									
codice tributo									
datazione/ mese rif.									
anno di riferimento									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
SALDO (E-F)									
TOTALE E F									
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI									
IDENTIFICATIVO OPERAZIONE									
codice ente/ codice comune									
Immu. vers. Acc. Saldo Immu. vers.									
codice tributo									
datazione/ mese rif.									
anno di riferimento									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
SALDO (G-H)									
TOTALE G H									
SEZIONE ALTRI FONDI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI									
codice sede									
codice data									
c.c.									
numero di riferimento									
causale									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
SALDO (I-L)									
TOTALE I L									
codice ente									
codice sede									
causale contributo									
codice posizione									
da mm/aaaa									
periodo di riferimento: a mm/aaaa									
Importi a debito versati									
Importi a credito compensati									
SALDO (M-N)									
TOTALE M N									
FIRMA									
SALDO FINALE									
EURO +									
66,9,18									
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)									
DATA									
giorno									
mese									
anno									
CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE									
AZIENDA									
CAB/ SPORTELLO									
Pagamento presentato alla banca il 06/12/2018									
Conto: G 01030 15801 000000008768									
Delega Inoltrata									
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA									

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

AMAT SPA

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A

VIA CESARE BATTISTI 657

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE IRARIO

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/ iniziale azienda

periodo di riferimento da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

1600

VMCF

16004496180106116

66 98

TOTALE C

66 98 D

SALDO (C-D)

66 98

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

trattab. versat.

Acc.

Solita

numero imponibile

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

cic

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE I

J

SALDO (I-J)

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

66 98

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

banca/postale

circolare/vaglia postale

Tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente codice IBAN

LT

firma